

## Schwangerschaftskontrollblatt

Alter	Gravida/Para	LP	ET	Korr. T
Gewicht vor SS	Grösse	BMI	<input type="checkbox"/> IVF <input type="checkbox"/> ICSI	Konzeption
<input type="checkbox"/> Risikoschwangerschaft		Hebammensprechstunde <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Geminischwangerschaft	<input type="checkbox"/> dichorial/diamniot	<input type="checkbox"/> monochorial/diamniot	<input type="checkbox"/> monochorial/monoamniot	

### Labor

<b>Röteln</b> Titer: <input type="checkbox"/> 2x geimpft	<b>HBs Ag</b>	<b>HIV</b>	<b>Lues</b>
HBc Ak	HBs Ak Titer:	Hep. C Ak	<b>Varizella</b> <input type="checkbox"/> pos. Anamnese Titer: <input type="checkbox"/> 2x geimpft
<b>Pertussis (Impfstatus)</b> ♀ letzte Impfung am:                      geimpft am: ♂ letzte Impfung am:                      geimpft am:		Cytomegalie	Parvovirus B19
		Toxoplasmose	Hygieneaufklärung erfolgt <input type="checkbox"/>
<b>Grippeimpfung</b> <input type="checkbox"/> gewünscht <input type="checkbox"/> nicht gewünscht; geimpft am:			
<b>Blutgruppe</b>	<b>Rhesus</b>	<b>Antikörpersuchtest:</b> <input type="checkbox"/> pos <input type="checkbox"/> neg, am: <input type="checkbox"/> pos <input type="checkbox"/> neg, am:	
<b>TSH basal</b>	Ferritin	Rhophylac 300ug i.v. am: (Etikette mit LOT.Nr)	am:
<b>PAP am:</b>	<b>Chlamydien</b>		
allg. Bakt	Gonokokken	<b>Strepto B am:</b>	<input type="checkbox"/> negativ <input type="checkbox"/> positiv

### Gestationsdiabetes Screening

Frühscreening (bis 14. SSW) nüBZ:	mmol/l	oGTT: <input type="checkbox"/> physiologisch <input type="checkbox"/> GDM <input type="checkbox"/> nüBZ < 4.4mmol/l <input type="checkbox"/> insulinpflichtig <b>ab:</b>
-----------------------------------	--------	---

### Pränataldiagnostik

Pränatale Diagnostik besprochen am:	gewünscht <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein ETT <input type="checkbox"/> NIPT <input type="checkbox"/> CVS <input type="checkbox"/> AC <input type="checkbox"/>
NT-Messung; ETT-, NIPT- Risiko	Karyotyp
Pathologische Ultraschallbefunde	

### Anamnese/ früherer SS und Geburten/Risikofaktoren/Noxen/Medikamente/Allergien

--

### Wichtige Hinweise für Geburt und Wochenbett

--

Ster pp gewünscht <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht besprochen	
Anmeldung zur Geburt am	Versicherungsstatus <input type="checkbox"/> Allg. <input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> P

**Fett = Standard**

Ber/Kamm/SS-Kontrollen/Ambi/1.8.2015